

Evaluación de Riesgos de la Salud

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

Formulario completado por: Yo Amigo/familia Personal de la oficina Otro _____

¿Cómo califica su salud en general? Excelente Muy bueno Bueno Justo Malo

¿Hay algún cambio en su historial médico desde el año pasado? Si No (Si respondió si, haga una lista)

¿Cuántos días durante la semana ... (Circulé la respuesta adecuada abajo)

1) Participa en actividad física (por ejemplo, caminar, andar en bicicleta, etc.) al menos de 30 minutos?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
2) Incluye ejercicios de fuerza (pesas o bandas) en su rutina de actividad física?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
3) Come 5 o más porciones de frutas y verduras (un porción equivale a ½ taza)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
4) Come 5 o más porciones de granos (un porción equivale a una rebanada de pan, ½ taza de cereal, etc.)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
5) Come 2 o más porciones de productos lácteos (leche, yogur o queso)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
6) Come usted comida rápida (como McDonald's, Taco Bell, etc)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
7) Reducir el tamaño de sus comidas o dejar de comer porque no tiene suficiente comida (no hay suficiente dinero o ayuda suficiente para ir de compras o cocinar)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
8) Tener más de un trago de alcohol (cerveza, licor, vino) por día?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
9) Llega a dormir por lo menos 7 horas?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
10) Utilice productos de tabaco o nicotina (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco sin humo, cigarros, o pipas) o están juntos con personas que fuman?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
11) Deja su casa para hacer los mandados, a trabajar, ir a reuniones, clases, iglesia, eventos sociales, etc. (sin contar las visitas al médico)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
12) Tiene dolor físico que afecta sus actividades?	0	1 - 2	3 - 4	≥5

13) ¿Tiene problemas de boca o diente que hace difícil de comer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14) ¿Tiene usted suficiente dinero para pagar sus medicamentos, suministros médicos y las visitas médicas que usted necesita?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15) ¿Cuántas veces en el último mes ha... ...olvidado tomar sus medicamentos? _____ veces ...tomado su medicación de manera diferente de lo recetado por su médico? (omite si usted no toma medicinas) _____ veces ...toma usted medicamentos sin receta (vitaminas, suplementos, hierbas medicinales)? _____ veces		
16) ¿Maneja usted? Si no, ¿puede llegar a donde necesita ir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17) ¿Esta sexualmente activo? (Si contesto sí, # de parejas en los últimos 12 meses___)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18) ¿Tiene problemas de oír o ver? (Si contesto sí, circule cuál)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses , ¿Ha tenido algún problema con el equilibrio o para caminar o ha tenido alguna caída? En caso afirmativo a las caídas, ¿Cuántas veces? _____ ¿Te preocupa una caída?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19) ¿Está usted o su familia preocupada por su memoria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20) En los últimos 6 meses , ¿Ha tenido algún problema con incontinencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21) En el último mes , ¿Ha necesitado ayuda para manejar sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22) ¿Piensa usted que alguien le está quitando o usando su dinero sin su permiso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23) En los últimos 7 días , ¿Ha necesitado la ayuda de otros... ...Para comer, bañarse, vestirse o usar el baño? ...Para lavar la ropa, cocinar, limpiar o ir de compras? ...Para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24) ¿Tiene usted o su cuidador suficiente ayuda/apoyo con los recursos de atención de cuidado? (omite si usted no da o recibe atención de cuidado)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25) ¿Con frecuencia estás solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
26) ¿Tiene amigos o familia que se preocupan por usted y usted puede contar con su ayuda cuando necesita algo o tiene un problema?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
27) ¿Hay alguien que te maltrata (golpeando o gritando) o no te esta cuidando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
28) ¿Tiene usted una Directiva Anticipada o Testamento Vital?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Durante las últimas dos semanas, ¿Con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nada	Varios Días	> Mitad de los días	Casi todos los días
33) Ansiedad o el estrés sobre su salud, las finanzas, la familia, el trabajo o las relaciones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Se siente triste, deprimido o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista de medicamentos y suplementos que toma

Nombre de la medicina/suplemento	Dosis y con qué frecuencia
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

Otros proveedores de atención médica que usted ve (y su especialidad)

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Suministros médicos que recibe (por ejemplo, oxígeno) y quién lo suministra:

--

For Office Use Only

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ BP: ____/____ P: _____

PHQ -2 Score: _____ PHQ-9 Score (if indicated): _____

Other mental health screen, if indicated: (name/score) _____

Mini-Cog Score: _____ Other cognitive screen, if indicated: (name/score) _____

Timed Up and Go: _____

- Home safety checklist reviewed
- Personal Preventive Plan completed and reviewed with patient

Information/education provided:

- Exercise Healthy Eating Dietary supplements Food Banks/Meals on Wheels
- Fall prevention Pain Depression Sleep
- Cognitive impairment Medication use Transportation resources
- Caregiver resources Abuse prevention Scam prevention
- Veteran's benefits Health Insurance Counseling Advocacy Program(HICAP)
- Speech/hearing center Braille Institute Advance Directive/Living Will
- Adult Day Care Alzheimer's Association Long Term Support Services (LTSS)
- Other _____

Referrals made/provided:

- Dental Optometry PT evaluation Pain management Dementia evaluation
- Psychiatry/Counseling/behavioral health Dietician/nutrition counseling
- Bone Mineral Density Colonoscopy Mammogram Pap smear
- Alcohol reduction Tobacco cessation Chronic Disease Self-Management Class
- Case management Driving evaluation Friendly visitor program
- Other _____